N°38

LA LETTRE SYNDICALE



Revue du Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires

E-mail : perso.wanadoo.fr/srmarhnu

DRAGER

Médical

2e de couv

Film



EDITORIAL

Composition du Bureau

Président d'Honneur :	Dr Cara - St Germain (78104)
Président :	Dr Ducreux - Roanne (42328)
Vice-Présidents :	Dr Vignier - Mantes (78021) Dr Valeri - La Ciotat (13600) Dr Perucho - Perpignan (66000) Dr Giraud - Thionville (57312)
Secrétaire :	Dr Goumard - La Rochelle (17000)
Trésorier :	Dr Blot - Montfermeil (93370)
Secrétaire Adjoint :	Dr Brodeur - Bourges (18000)
Membres :	Dr Brule - Le Havre (76600) Dr Barbier - Elbeuf (76500) Dr Debene - IGR Villejuif (94800) Dr Lemanissier - Le Mans (72000) Dr Bretsztajn - Salon/P (13658) Dr Doutre - St Martin (97000) Dr Faure - Le Havre (76600) Dr Kaidomar - Frejus (83600)

Les Délégués Régionaux du SNMARHNU

Régions	Délégués	Centre Hospitalier	Téléphone	Fax
Alsace	Dr BEUTELSTETTER	MULHOUSE (68070)	0389646151	
Aquitaine	Dr FOURNIER	St FOY La Grande (33220)	0557460142	0557461520
Auvergne	Dr DELORT	AURILLAC (15002)	0471465656	0471465633
Basse Normandie	Dr DEQUIRE	ALENCON	0233327575	
Bourgogne	Dr GALLOUX	BEAUNE (21203)	0380244444	0380244574
Bretagne	Dr CHARLEMAGNE	LORIENT (56322)	0297649163	0297649255
Centre	Dr BRODEUR	BOURGES (18000)	0248484848	0248484813
Champagne Ardennes	Dr GUILLAUME	CHARLEVILLE MEZIERE	0324587155	
Franche Comté	Dr HELIAS Dr SCHOCH	MONTBELIARD(25200)	0381916161	0381916293
Haute Normandie	Dr BRULE	LE HAVRE (76600)	0232733232	0232733174
Ile de France	Coordonnateur : Dr VIGNIER	MANTES la JOLIE (78021)	0134974000	0134974114
Languedoc Roussillon	Dr PERUCHO	PERPIGNAN (66000)	0468616633	0468616989
Limousin	Dr VILLATTE	ST JUNIEN (19200)	0555435000	0555435075
Lorraine	Dr GIRAUD	THIONVILLE (57312)	0382558255	0382558192
Midi Pyrénées	Dr MARTY	TARBES (65000)	0562515151	0562515804
Nord Pas de Calais	Dr DESMIDT	CH St Philibert LOMME (59462)	0320225065	0320225025
Pays de Loire	Dr LEMANISSIER	LE MANS (72000)	0243434343	0243432421
Picardie	Dr LEBRUN	St QUENTIN (02321)	0323067171	0323067287
Poitou Charentes	Dr GOUMARD	LA ROCHELLE (17000)	0546455050	0546455230
Provence Côte d'Azur	Coordonnateur : Dr VALERI	LA CIOTAT(13600)	0442687600	0442714464
Rhône Alpes	Dr DUCREUX	ROANNE (42300)	0477443000	0477443115
Territoire de Belfort	Dr DOUTRE	BELFORT (90016)	0384574000	0384574756
Réunion	Dr MARTIN	St DENIS de la Réunion (97406)	00262905400000262907734	
Martinique	Dr VOECKLER	TRINITE (97220)	00596664600000596664606	
Guadeloupe	Dr DAIJARDIN	POINTE à PITRE (97110)	00590891010000590295755	
	Dr FAURE	MARIGOT St Martin (97150)	00590910838000590875072	
Guyane	Dr LEROY	St Laurent du Maroni CAYENNE (97320)	00594348712000594348715	

La Lettre Syndicale du SNMARHNU nous accompagne maintenant depuis 25 ans.

Toujours sous la forme d'un feuillet 4 pages qui ne paye peut-être pas de mine, mais qui a toujours rapporté l'essentiel de l'action de notre syndicat, ainsi que les principes guidant son action en cours et préparant les mobilisations suivantes. Elle a toujours été consacrée à l'amélioration des conditions de travail, à la prise en compte de notions nouvelles comme la sécurité d'exercice, la formation médicale continue, l'harmonie entre vie professionnelle et vie extrahospitalière des anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux généraux. Tout ce qui caractérise cette Lettre Syndicale depuis si longtemps ne changera jamais.

Mais il y a peut-être plus à apporter à ceux et à celles qui sont parfois éloignés des grandes concentrations hospitalières , où les nouvelles circulent vite, et où les actions peuvent vite se mettre en place :

- Informer sur des expériences éparses, mais prenant valeur d'exemple pour tous;
- Informer sur les débats entre les différents syndicats d'anesthésistes, et entre les différentes intersyndicales ;
- Rapporter l'intégralité des textes officiels concernant la profession, commentés par ceux qui ont participé à leur négociation ;
- Rapporter et développer des idées propres à l'expérience des anesthésistes des hôpitaux généraux dont les conditions d'exercice sont plus particulières.

Nous tentons tout cela avec cette lettre syndicale «new-look» du SNMARHNU. Bien sûr, on ne change ni le titre de la publication, ni le nom ou le logo du syndicat car on ne change pas une équipe qui s'est patiemment fait connaître, qui a réussi à s'imposer comme interlocuteur responsable présent à toutes les tables de négociation, qui par sa clarté et sa volonté d'aboutir a su s'attacher votre confiance et vous représenter, les Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Généraux.

James Brodeur
(Centre Hospitalier Jacques Cœur, Bourges 18000)
le 6 Mars 2000

Courrier :
Dr Goumard SNMARHNU
Service d'Anesthésie
Centre Hospitalier 17021 La Rochelle

Courrier électronique :
E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr
Site Internet : perso.wanadoo.fr/snmarhnu
Fax : 01 64 26 60 03 - Répondeur : 01 64 26 60 62

BIOCODEX

Film



FIN DES NEGOCIATIONS ?

FIN DU PREMIER ROUND !

Depuis le 21 décembre, les hôpitaux sont en ébullition. La crise couvait depuis longtemps, due essentiellement au manque de personnel dans tous les secteurs de soins, mais devenue criante dans les services d'accueil des urgences. Le 28 janvier avait lieu la dernière journée interprofessionnelle et intersyndicale pour des crédits hospitaliers et des créations d'emploi. Malgré le lest lâché par Mme Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, une autre journée de mobilisation est prévue le 14 mars. Les intersyndicales de médecins hospitaliers (C.H.G., C.M.H., I.N.P.H. S.N.AM.-H.P.) avaient soutenu ces mouvements et soutiendront le suivant.

Parallèlement, les syndicats de praticiens hospitaliers se mobilisaient autour de leurs revendications propres. Le S.N.M.A.R.H.N.U., et avec lui la Confédération des Hôpitaux Généraux (C.H.G.), a depuis longtemps alerté le gouvernement et la Direction des Hôpitaux sur la réalité de la démédicalisation de l'hôpital public, particulièrement marquée dans certaines spécialités comme l'Anesthésie-Réanimation, dans certaines régions comme la Picardie, le Limousin et le Centre, et dans certaines structures éloignées des centres urbains mais indispensables au bon maillage sanitaire du pays.

Afin d'augmenter l'attractivité de l'hôpital public aux yeux des jeunes spécialistes, il était urgent d'intervenir au niveau des revenus, certes, mais surtout au niveau des conditions d'exercice tant elles sont devenues pénibles dans certaines spécialités comme la nôtre à cause de la combinaison d'une demande accrue de nos services, et de l'obligation de travailler en horaires continus, parfois à plus de 60 heures par semaine.

Depuis 10 ans, le S.N.M.A.R.H.N.U. mène sur ces points précis, «démédicalisation» et «pénibilité», une bataille de fond alliant un contact étroit avec la D.H. par entrevues d'une part, et par martellement de ses arguments lors de toutes réunions officielles, Il a mené aussi un lobbying auprès des parlementaires, une sensibilisation du public via les médias, et a pesé naturellement grâce à l'action de ses délégués d'hôpitaux.

Le 4 février, la C.H.G., associée à l'I.N.P.H. et au S.N.A.M.-H.P. (la C.M.H. rejoindra le front inter-syndical en mi-février) présente des «Propositions dans le cadre de mesures immédiates de l'accord-cadre entre le gouvernement et les praticiens hospitaliers» :

1. Revalorisation des salaires de 4% par en pendant 5 ans.

2. Raccourcissement de la carrière (de 25,5 ans à 14 ans ; entrée dans la carrière à la hauteur du 4e échelon actuel, 10 échelons contre 13 actuellement, 14 ans pour arriver au nouveau 10e échelon ;

3. Indemnités pour non-exercice d'activité libérale égales à 30% de la rémunération de base indexées sur les rémunérations du 8e échelon actuel ou nouveau 5e échelon ;

4. Intégration de la garde dans l'ancienneté de carrière.

Ces propositions seront discutées les 14 et 24 février et complétées , et prendront le titre de «Propositions du 28 février» que nous rapportons ci-dessous in extenso :

1. *Raccourcissement et revalorisation de la carrière :*

• démarrage au 1er échelon sur la base de l'actuel 4e échelon et repyramidage de l'ensemble de la carrière,
• Cette carrière ne doit pas excéder 18 ans,
• Les échelons ne doivent pas dépasser deux ans,
• Raccourcir les échelons qui concernent le 3è tiers de la carrière.

2. *Engagement exclusif de service public :*

Les praticiens qui n'exercent pas leur droit statutaire à l'activité libérale bénéficient d'un complément de rémunération Cet «engagement exclusif de service public» doit répondre dans un premier temps à une prime dont le montant ne peut être inférieure à 3000 F par mois, et être calculée sur un pourcentage de la valeur moyenne du salaire mensuel des P.H. en milieu de carrière (supérieur ou égale à 10%)/

3. *Amélioration spécifique de l'attractivité de certains postes :*

Incitations financières significatives pour conférer une attractivité supplémentaire à des postes ou à des exercices professionnels particulièrement difficiles (fortes contraintes, équipes réduites, exercice isolé). Les conditions d'attribution de ces primes devraient être définies :



• Au niveau national
• Avec les organisations représentatives
• Selon des règles claires d'équité et de transparence
Le niveau minimum ne saurait être inférieur à 3000 F par mois, indexé sur l'évolution du point de la fonction publique.

4. *Amélioration des conditions de travail des praticiens hospitaliers :*

• L'indispensable mise en place du repos de sécurité: publication de l'arrêté d'application, extension à tous les statuts de médecins hospitaliers, circulaire de mise en place,
• La place du médecin à l'hôpital visant à garantir l'indépendance professionnelle, capacité d'initiative et définition des attributions des praticiens hospitaliers pour l'organisation des soins et des équipes soignantes à la mesure de leurs compétences et de leurs responsabilités,
• Révision des liens entre l'hôpital et l'université.

Ces mesures devront être actées dans le cadre du protocole d'accord et obéir à un calendrier concerté entre les signataires.
Les organisations (signataires) prennent acte des engagements concernant les assistants-chefs de clinique, les P.A.C., la nécessaire réforme en profondeur de la F.M.C. et s'engagent à participer aux 2 thèmes de discussion particuliers que représentent la psychiatrie et les urgences. (C.H.G., C.M..H, I.N.P.H.,S.N.A.M.).

Ainsi donc, le gouvernement a rendu public ses propres propositions.
Ce projet de protocole, publié en annexe dans ce numéro de la Lettre, appelle quelques remarques de notre part :
1. Il apporte des avancées significatives dans les rémunérations des premiers échelons, mais bien moindres ensuite. Les sommes représentées sont au total importantes, mais elles ne font, au niveau de la rémunération de l'individu-PH , que rattraper un peu du déficit de sa valeur sur le marché, surtout pour des spécialités déficitaires. Elles représentent surtout une reconnaissance de la valeur du PH dans le système de soins en France, et par «L' Engagement de Service Public Exclusif» une reconnaissance du dévouement de ceux qui consacrent leur temps complet au service public.
2. Mais la notion de «pénibilité» n'est pas abordée avec la vigueur nécessaire, et le repos de sécurité est suspendu aux réflexions d'un groupe de travail, même s' il est affirmé qu' il sera mis en place dans un délai de trois ans. Une réflexion dans la région Pays de Loire n'avait déjà abouti à rien il y a un an (cf. encadré du Dr. Lemanissier). Il y a fort à craindre que sans les «encouragements « syndicaux nécessaires, il y ait là encore, comme en juillet dernier, un simple effet d' annonce.
3. Le repyramidage, la suppression des quotas statutaires permettent aux jeunes praticiens de se laisser tenter par la carrière hospitalière, aux PH en milieu de carrière de ne pas être tenté par un départ dans le privé. Cependant pour tous, c'est la qualité de la vie professionnelle à l'hôpital public qui prime dans leur choix, que leur apportent certes l'amélioration des liens Université-Hôpital, les responsabilités retrouvées dans les «processus décisionnels», mais surtout la réduction du temps de travail à l'hôpital (R.T.T.) sans lequel tout le reste n'est que du vent.
4. De nombreux «chantiers» sont ouverts, dont un concernant la chirurgie, qui feront l'objet de «réflexions» avec tous les «partenaires». Toutefois, aucun chantier particulier n'a été ouvert pour l'Anesthésie-Réanimation, spécialité sinistrée s'il en est. La lettre de M. Vignier synthétise nos protestations, et met en place d'autorité la «réflexion» sur ce «chantier» oublié.
5. De nombreux autres points devront être soulignés dans les semaines qui viennent au fur et à mesure que les groupes de travail se mettent en place. Quelques pièges devront être déjoués («management et gestion», «fonctionnements en réseau......affectation de praticiens sur la base du volontariat.....projets inter-établissements»). Mais en ces périodes d'ébullition de l'hôpital public, il faut souligner que l'unité des intersyndicales de P.H. a fait un carton honorable même si on est loin du carton plein. Il reste maintenant pour l'anesthésie-réanimation à faire jouer l'unité Inter-Syndicale des syndicats d' Anesthésistes -Réanimateurs pour arracher ce qui n'est proposé que du bout des lèvres.

Le 8 avril 2000
J. Brodeur

Le Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires remercie les annonceurs pour leur aimable participation.

Édition : EDITIONS DYK - 52,bld Ornano 75018 Paris - **Tél. : 01 42 58 85 70**
Directeur de la publication : Yves CHEMAMA - ***Conception et réalisation :*** Eric DUFOUR
Impression : EUROPE IMPRESSION
Rédaction : Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires.



PROTOCOLE du 3 mars 2000

Le service public hospitalier joue un rôle majeur dans le système de soins de notre pays et c'est autour de lui que s'organise la réponse aux besoins de la population. L'hôpital est un .pôle d'excellence ; il assume des soins de haute technicité comme des soins de proximité. Ouvert à tous nos concitoyens, quelle que soit leur situation, l'hôpital exerce une fonction essentielle, notre système de protection sociale. Les organisations syndicales signataires et le Gouvernement sont attachés à consolider et à développer le service public hospitalier.

Pour appuyer cette démarche, le Gouvernement a décidé d'apporter un important concours financier destiné à régler des problème immédiats et engager des actions structurelles.

La nouvelle étape s'engage pour l'hôpital. Elle s'articule autour des priorité réaffirmées adapter l'offre de soins aux besoins de la population, promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire les inégalités dans l'accès aux soins.

Le Gouvernement est conscient des efforts réalisés ces dernières années par le monde hospitalier, qui a su évoluer. Ces évolutions ont aussi été rendues possibles par l'adhésion des médecins hospitaliers à cette dynamique de changement, au service de la qualité et de la sécurité des soins dues aux malades. L'hôpital dans son ensemble doit disposer aujourd'hui de moyens complémentaires qui contribueront au progrès du système de soins : ces moyens doivent parallèlement s'accompagner d'un renforcement du dialogue social.

Le protocole élaboré et proposé parallèlement à la signature des organisations professionnelles de la fonction publique hospitalière envisage ainsi :

- Des mesures immédiates, visant à accroître les remplacements, à améliorer les conditions de travail, à prévenir la violence, à soutenir l'investissement hospitalier et à renforcer les urgences ;

- Des moyens pour accompagner la modernisation et la transformation de l'hôpital avec notamment l'élaboration systématique d'un volet social dans les projets d'établissement la création d'un fonds de modernisation, le développement de la formation professionnelle ;

- Un renforcement du dialogue social au sein de la fonction publique hospitalière ;

- La prise en compte de chantiers particuliers, tels que la psychiatrie, les urgences, l'évolution des emplois et des métiers, qui requièrent une attention spéciale.

Dans ce cadre, les signataires du présent protocole constatent qu'il convient également de conforter le rôle des médecins et l'attractivité des carrières des praticiens hospitaliers afin d'assurer la permanence et le renouvellement des équipes médicales à l'hôpital. Ainsi ce protocole prévoit une valorisation particulière de l'exercice exclusif au sein du service public, une revalorisation de la carrière, des mesures d'incitation à pourvoir des postes structurellement vacants depuis de nombreuses années, des aspects liés aux condition de travail des praticiens, à l'organisation du temps médical à l'hôpital et à la place du médecin dans la communauté hospitalière.

Les signataires soulignent de plus que les mesures du présent s'appliquent, pour ce qui concerne chaque statut, aux praticiens hospitaliers «temps plein» et aux praticiens hospitaliers «temps partiel», désignés ci-après par le sigle PH.

Dans cet esprit, le Gouvernement et les organisations professionnelles s'accordent sur la mise en œuvre des mesures suivantes :

I. MESURES À COURT TERME

1. Engagement de service public exclusif

Pour valoriser le travail des praticiens hospitaliers temps plein qui consacrent la totalité de leur pratique médicale aux activités de service public, il est institué une indemnité de service public exclusif au bénéfice des praticiens hospitaliers temps plein, qui exercent la totalité de leur activité au sein du service public, y compris lorsque ces praticiens ont une activité contractuelle en rapport avec une mission

d'enseignement, de recherche ou d'intérêt général au sein ou pour le compte d'un autre service ou établissement public.

Cet engagement exclusif de service public sera pris pour une période de trois ans renouvelable. Ce contrat pourra être conclu à tout moment.

Cette indemnité forfaitaire, s'établira à 25 000 F par an à partir du 1er mai 2000, à 30 000 F par ans à partir du 1er mai 2001 et à 36 000 F à partir du 1er mai 2002.
Elle suivra l'évolution du point fonction public.

L'indemnité a vocation à concerner, selon des modalités à définir avec les signataires l'ensemble des praticiens disposant d'une possibilité statutaire d'avoir un exercice libéral à l'hôpital.

L'application de ces dispositions à l'ensemble des PH temps plein n'exerçant pas d'activité libérale actuellement représente un coût estimé à environ 250 MF en 2000, puis de 570 MF en 2001.

Leur mise en œuvre nécessite une modification du décret statutaire des praticiens hospitaliers.

2. Amélioration des conditions d'attractivité de certains postes

2.1 Prime multi-établissements

Les signataires prennent acte que le mécanisme de prime multi-établissements instauré (arrêté du 6 janvier 2000) constitue un outil important, au service des fonctionnements coordonnés et en réseau au sein des bassins de vie. A cet égard, cette prime correspond à une reconnaissance des efforts fait par les praticiens pour mettre en place des organisations mutualisées entre établissements.

La prime est attachée au praticien ad hominem, sur la base d'un engagement contractuel.

Dans ce cadre, il est convenu que seront bien précisées aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) les situations dans lesquelles cette prime peut être mobilisée. Il s'agit notamment des différentes formules de coopération hospitalières, à partir du moment où les projets d'établissement prévoient des exercices sur plusieurs sites hospitaliers distincts en entraînant des contraintes spécifiques pour certains praticiens.

En 2000, un montant de 45 MF de crédits, a été budgété pour la mise en place de cette prime qui est d'ores et déjà opérationnelle, avec un montant mensuel de 2 500 F , soit 30 000 F annuels.

Date d'effet de la mesure : immédiate.

2.2 Dispositif d'incitation pour les postes difficiles à pourvoir

Les signataires, soucieux de l'égalité d'accès aux soins sont convenus, pour certains poste de la mise en place d'un dispositif d'attractivité spécifique. Ce dispositif remplace la mesure existante de prime d'installation.

Ces postes doivent correspondre à des besoins réels de la population dans la spécialité et sur le lieu concernés (besoins quantitatifs ou reposant sur une nécessité de service public avec risque de perte de compétence), appréciés en cohérence avec les SROS. Ces postes doivent être isolés, présenter des difficultés particulières d'exercice et être durablement vacants.

Ce dispositif pourra bénéficier aux praticiens venant occuper ou occupant des postes fléchés dans des établissements désignés, après agrément par les directeurs des ARH. Il s'agit d'une reconnaissance de la pénibilité de certains exercices. Il sera réévalué lors de chaque révision des SROS, avec décision quant à son maintien pour chaque poste concerné.

Les modalités pratiques de ce dispositif sont à définir en concertation avec les organisations signataires. En particulier seront étudiées les questions relatives à l'attractivité de ces postes et aux modalités de coopération et de mutualisation des équipes au niveau des bassins de vie.

Il est réservé à cet effet une enveloppe de 150 MF en année pleine.



Cette mesure prendra effet au 1er septembre 2000. Son efficacité sera évaluée à l'issue d'une période de 3 ans.

3. Attractivité des carrières de praticiens hospitaliers

La carrière sera par ailleurs revalorisée selon les objectifs suivants :

Une carrière attractive pour les plus jeunes.
Une carrière avançant à un rythme plus rapide
Une revalorisation de l'ensemble des échelons, avec une attention particulière pour le milieu de carrière.

Sur ces bases, de nouvelles grilles ont été construites, pour les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel dans le souci de conserver et d'améliorer les passerelles entre praticiens à temps plein et à temps partiel.

Les principes en sont les suivants :

- carrière linéaire avec suppression des quotas statutaires
- grille de rémunération de 13 échelons
- aucun échelon de plus de 2 ans à l'exception du 12ème
- entrée dans la carrière au niveau du 4ème échelon de la grille actuelle, ce qui représente une mesure d'attractivité initiale destinée à inciter les jeunes praticiens à passer le concours de praticien hospitalier
- les anciens chefs de clinique et assistants spécialistes verront leur ancienneté conservée dans la nouvelle grille, les conduisant à accéder à la carrière de PH au début du 4ème échelon de la nouvelle grille
- durée de la carrière sur 24 ans
- rémunération échelonnée de 294 588 F annuels soit une augmentation de 16,0 % au premier échelon à 534 941 F annuels au 13ème échelon (soit une augmentation de 0,5 %)
- les praticiens hospitaliers déjà en poste bénéficieront d'un reclassement dans la nouvelle grille à ancienneté conservée. Il s'agit donc d'une mesure d'attractivité générale pour tous les praticiens qui ont fait le choix d'exercice professionnel à l'hôpital public.

Ces nouvelles grilles appliquées à l'ensemble des PH en exercice prendront effet le 1er novembre 2000 et représentent un montant de 510 MF en année pleine.

4. Assistants et chefs de clinique

Les signataires reconnaissent les avancées opérées pour ces statuts avec notamment la mise en place au 1er juillet 2000 d'une nouvelle grille de rémunération des différents statuts du post-internat. Le montant de cette mesure déjà budgétée, est de 100 MF en année pleine.

La création d'une grille unique du post internat (concerne les assistants généraliste, les assistants spécialistes et à un degré moindre les chefs de clinique) a pour objet de favoriser une plus grande attractivité des postes d'assistants et le maintien à l'hôpital de jeunes médecins. Elle conduit notamment à revaloriser la rémunération des assistants généralistes de 13 à 19 % selon l'ancienneté.

Cette mesure constitue un des points de l'accord passé entre le Gouvernement et les médecins urgentistes le 9 juin dernier, pour améliorer l'attractivité de l'hôpital général.

L'amélioration du statut des assistants passe également par :

- la possibilité après 2 ans d'obtenir un contrat à temps partiel, pour assurer une meilleure articulation avec une éventuelle installation en ville ;
- l'extension aux assistants de la prime multi-établissements, pour pallier les vacances des postes de praticiens hospitalier (PH) en hôpital général et permettre une implication des jeunes médecins dans les réseaux interhospitaliers ;
- l'introduction du repos de sécurité, comme pour les PH.

Un nouveau décret statutaire intégrant ces évolutions pour les assistant paraîtra dans les prochaines semaines.

5. Praticiens adjoints contractuels (PAC)

Par les dispositions de la loi n° 99-641 portant création d'une couverture maladie universelle, dit CMU, l'intégration des médecins à statut précaire a été réaffirmée comme une priorité du Gouvernement ; les dispositions réglementaires prévues permettent d'améliorer les perspectives d'emploi des médecins

à diplôme étranger au sein des hôpitaux, notamment par l'élargissement des conditions pour concourir aux épreuves de PAC et en permettant aux PAC de se présenter au concours national de praticien hospitalier.

A ce jour, 3 869 médecins ont réussi les épreuves de validation des connaissances et sont inscrits sur la liste d'aptitude aux fonction de PAC ; 2 000 d'entre eux sont en poste, lors même que près de 3 100 postes ont été autorisés à la création. Afin de faire un bilan de la prise de fonction des PAC après inscription sur la liste d'aptitude, une commission de suivi sera mise en place, avec la participation des organisations signataires.

Un nouveau décret statutaire est par ailleurs en cours de finalisation, rendant possible l'accès au concours et à la carrière de praticien hospitalier pour les PAC. Leurs conditions d'emploi au sein des établissements hospitaliers seront alors celles des autres praticiens. Dans le cas où un PAC sera reçu au concours et inscrit sur la liste d'aptitude des PH, le principe de transformation de son poste en poste de PH est retenu, sous réserve de la cohérence de cette transformation avec les orientations contenue dans le SROS, pour l'hôpital et l'activité considérés.

Enfin, une revalorisation de la rémunération des PAC est incluse dans le dispositif, permettant au démarrage un alignement sur la rémunération des assistants et une progression accélérée ensuite, conduisant à une augmentation moyenne de leur rémunération de 30 % environ ;

Le coût de cette revalorisation est de 110 MF en année pleine, auxquels il convient d'ajouter 75 MF liés aux créations de postes prévues en 2000.

II - MODERNISATION DES ORGANISATIONS MÉDICALES À L'HÔPITAL

1. Amélioration des conditions de travail des praticiens hospitaliers

Les signataires conviennent que l'amélioration des conditions de travail des praticiens hospitaliers conditionne également une amélioration de l'attractivité de la vie professionnelle pour les praticiens.

A - L'aménagement et la réduction du temps de travail

Dans le cadre du processus RTT à l'hôpital, une négociation particulière sera engagée avec les organisations syndicales de PH sur son application spécifique pour l'organisation et l'aménagement du temps médical à l'hôpital, et pour assurer la forte implication des PH dans ce processus général.

B - La mise en place du repos de sécurité

Il s'agit d'une notion réglementaire qui traduit un principe de sécurité sanitaire pris dans l'intérêt des malades et qui s'applique aux praticiens hospitaliers dans des conditions à définir après concertation.
A compter de la signature du présent protocole, un groupe de travail est mis en place pour définir les activités concernées, l'impact de cette mesure sur l'organisation des services et les modalités d'application dans les établissements concernés conformément aux orientations contenues dans les SROS.
L'arrêté d'application sera pris dans les meilleurs délais et prévoira un délai de trois ans pour la mise en place du repos de sécurité. Il est convenu qu'à l'issue de ce délai de trois ans, il sera dressé un bilan de l'application du texte et une première évaluation des mesures d'ajustement éventuellement nécessaires.
A titre expérimental, les hôpitaux pourront mettre en place ce dispositif avant ce délai avec l'approbation des directeurs d'ARH. Une instruction précisera les conditions et les modalités de cette expérimentation.

2. Rôle et responsabilité du praticien hospitalier :

• Il est souhaitable que les praticiens hospitaliers s'impliquent dans les projets de modernisation et de recomposition de l'offre hospitalière. Ainsi dans le but de promouvoir des fonctionnements en réseau, il est décidé d'engager une réflexion avec les organisations professionnelles sur les possibilités d'affectation des praticiens dans plusieurs établissements sur la base du volontariat. L'objectif est de rendre opérationnelle la mutualisation des compétences médicales dans le cadre des projets inter-

établissements ; il s'agit en particulier de renforcer l'effectivité des fédérations médicales interhospitalières prévues à l'article L 713-11-3 du Code de santé publique.

• Au sein des établissements publics de santé, il est nécessaire de développer l'initiative des praticiens et de les impliquer davantage dans les processus décisionnels en rapport direct avec leur exercice professionnel et la vie de l'établissement. A cet effet, des formations spécifiques au management et à la gestion seront systématiquement proposées aux praticiens responsables. Une réflexion, associant l'ensemble des partenaires concernés examinera les modalités de la participation des praticiens aux décisions internes au sein des établissements, notamment dans un cadre de contractualisation renouvelée et élargie.

• Par ailleurs, il importe de rénover les procédures disciplinaires et d'insuffisances professionnelle et de poursuivre à cet effet le processus de concertation déjà entrepris avec l'administration.

• Conseil de service

- La nécessité de la mise en place des conseils de service sera rappelée.
- La modification du décret du 26 mars 1992 relatif à la désignation des membres de conseils de services sera engagée dès la signature du présent protocole.
- Les avis des conseils de service seront sollicités, dans le respect des attributions des instances représentatives de l'établissement sur les projets de service et le rapport d'activité du service, mais également sur les contrats d'amélioration des conditions de travail, les plans de formation, l'organisation du travail et sur les moyens et l'équipement des services.
- Il sera rendu compte annuellement aux instances représentatives du fonctionnement des conseils de service.

III - AUTRES CHANTIER OUVERTS

1. Urgences :

Le service public hospitalier assume des soins d'urgence dans des conditions souvent difficiles, alors même que l'on assiste depuis plusieurs années à un accroissement important de l'activité.

Le protocole soumis à la signature des organisations professionnelles de la fonction publique hospitalière envisage en particulier que :

- Les activités concourant à la prise en charge des urgences bénéficieront des mesures relatives aux remplacements, à l'amélioration des conditions de travail, à la prévention de la violence et au soutien à l'investissement.
- Elles bénéficient d'ores et déjà des mesures arrêtées dans le cadre protocole des urgentistes, signé le 9 juin 1999 : création de 230 postes de praticiens hospitaliers (30 en juillet 1999, 100 en 2000 et 100 en 2001). A cet effet, 43 MF de crédits sont d'ores et déjà inscrits en 2000, en vue de la création des 100 postes de PH fléchés.
- Dès 200, des moyens complémentaires à hauteur de 300 MF seront affectés en renforcement des activités concourant directement à l'organisation de l'urgence hospitalière. Ils permettront de financer le recrutement de personnels médicaux et non médicaux ainsi que les dépenses liées à l'aménagement et à l'équipement des locaux.
- Ces moyens seront attribués prioritairement aux établissements qui ont établi un projet de service ayant reçu un avis favorable du comité technique d'établissement et de la commission médicale d'établissement.
- Ces crédits fléchés feront l'objet d'un suivi particulier au niveau de chaque établissement.

Il est ainsi nécessaire de poursuivre l'effort en direction des services d'urgence, ainsi que le travail engagé avec les signataires du protocole de 1999, qui seront associés au bilan d'application des mesures générales envisagées par ailleurs.

Le statut des médecins attachés intervenant aux urgences sera également réenvisagé, à la suite de la révision en cours du statut des assistants, conformément aux engagements pris.

Au-delà des mesures immédiates, la prise en charge des urgences fera aussi l'objet d'une réflexion approfondie des partie concernées sur l'ensemble

du dispositif de prise en charge des urgences, en amont de l'hôpital, au sein des services d'urgence, et dans les service qui, en aval, concourent à la prise en charge des patients.

Ce travail sera engagé à partir des différents rapports ou constats déjà réalisés afin d'aboutir rapidement à :

- la définition des missions des services d'accueil des urgences générales ou spécialisées psychiatriques notamment ;
- l'évaluation de l'utilisation des moyens ciblés déjà attribués et le bilan des évolutions récentes ;
- l'élaboration de recommandations de bonne organisation et de bonnes pratiques et fonctionnement de l'accueil et du traitement des urgences ;
- l'élaboration de recommandations en matière d'architecture ;
- une meilleures articulation avec les autres services de l'hôpital ;
- la définition des conditions de développement du travail en réseau, tant au sein de structures hospitalières qu'avec les autres structures de soins (par exemple : service médico-sociaux, service de soins infirmiers, médecine préventive...) et la médecine libérale.

Des commissions spécialisées étudieront, au niveau ministériel, l'ensemble de ces questions, associant les signataires du présent protocole.

Par ailleurs, des mesures seront prises afin de mieux orienter les patients vers les médecin de ville. Un travail est engagé conjointement avec l'Ordre des médecins. L'obligation de garde sera mise en pratique. Les expériences favorisant la prise en charge en réseau avec la médecine de ville seront évaluées et développées, en étroite collaboration avec les organisations des médecins urgentistes hospitaliers.

2. Psychiatrie :

La psychiatrie connaît actuellement une situation difficile en raison d'une activité croissante et de difficultés en matière de recrutement de praticiens hospitaliers.

Les signataires s'accordent sur la nécessité d'engager rapidement une réflexion au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire sur l'exercice de service public en psychiatrie. Elle devra permettre :

• De réaliser un bilan des moyens mis en œuvre et une évaluation des évolutions d'activité de ce secteur.
• De mieux définir les missions et l'organisation des services et des secteurs et en leur sein, l'action des professionnels.
• De proposer des recommandations en matière d'architecture.
• De définir les modalités de développement de l'intersectorialité, de la psychiatrie de liaison et d'un travail en réseau avec l'ensemble des structures sanitaires médico-sociales et sociales.
• De mieux organiser les cursus de formation des médecins psychiatres, tant pour la formation initiale que pour des vocations plus tardives.
• De rechercher la contractualisation des missions de service public en psychiatrie fondée sur des Contrats d'objectifs et de moyens à généraliser dans tous les bassins de vie, à partir notamment des établissements spécialisés en santé mentale, et des service de psychiatrie à l'hôpital général. La nouvelle circulaire relative à l'évolution du dispositif de soins en santé mentale servira de cadre à ces contrats.

3. Formation médicale continue (FMC)

Les médecins hospitaliers ont dans leurs statuts l'obligation d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Les signataires conviennent que la réforme envisagée dans le projet de loi de modernisation du système de santé :

• devra prévoir un dispositif propre à l'hôpital, inscrit au niveau législatif au même titre que les dispositifs pour d'autres catégories de médecins,
• donnera aux représentants des commissions médicales d'établissement (CME) une place dans les instances mises en place, tant au plan national que régional,
• donnera au praticien une possibilité de choix sur son plan de formation en fonction de ses besoins propres et du projet d'établissement

• prévoira des dispositions permettant le financement de la FMC obligatoire, selon des modalités à définir.
• Ce dispositif concernera l'ensemble des praticiens concernés.

Ceci fera l'objet d'une concertation spécifique, en vue de proposer rapidement un cadre législatif rénové, intégrant notamment les articulations entre FMC et organisation du temps de travail médical à l'hôpital.

4. Liens université/Hôpital :

Une réflexion commune a été engagée sur les liens entre l'hôpital et l'université sur la base de valences d'enseignement et de recherche effectuées par certains praticiens hospitaliers et dont le principe a été arrêté en 1999.

Les modalités de mise en place de ce dispositif sont en cours de définition. Leur mise en œuvre concrète, à laquelle seront associées les organisations signataires, démarrera dans le courant de l'année.

Sur cette base, une réflexion prospective sera conduite, sur les modalités du lien unissant l'université à l'hôpital. La commission mise en place à cet effet sera installée avant l'été.

5. Sécurité Sanitaire

Les organisations représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à une réflexion sur la mise en œuvre des normes de sécurité sanitaire notamment en vue de définir la nature des études d'impact préalables à leur édiction.

6. La chirurgie

Constatant certaines difficultés rencontrées par la chirurgie à l'hôpital public, un groupe de travail pluridisciplinaire, associant des représentants des praticiens hospitaliers, sera constitué pour analyser les causes et proposer des voies de réorganisation.

Pour assurer le suivi d'application du présent protocole, un comité de suivi sera constitué avec les organisations signataires.

CONFEDERATION DES HOPITAUX GENERAUX
FNAP - Fédération nationale des praticiens des hôpitaux généraux (Dr G. Mallard)
SNBH - Syndicat national des biologistes des hôpitaux (Dr M. Giraudbit)
SNMARHNU - Syndicat National des médecins anesthésistes réanimateurs des hôpitaux non universitaires (Dr J.C. Ducreux)
SPH - Syndicat des psychiatres des hôpitaux (Dr P. Faraggi)
Président d'honneur : Dr G. MallardPROJET DE PROTOCOLE



JANSSEN
Cilag
Film

Le SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS des Hopitaux Non Universitaires

Docteur Michel VIGNIER
Mantes la Jolie, le 6 mars 2000
Vice-président
Centre Hospitalier F.Quesnay
78201 MANTES LA JOLIE
Tél : 01 34 97 41 11
Fax : 01 34 97 41 14

BONNE HUMEUR OU MAUVAISE HUMEUR ?

A la lecture de l'accord cadre avec le Ministère du Travail, je ne sais pas si je dois être content ou mécontent?

En tant que praticien hospitalier, je suis plutôt content car les mesures proposées sont très significatives et représentent le fruit d'un travail de lobbing, de négociations sans relâche de la part de nos Syndicats et de nos Fédérations pour mettre en avant la necessité de revaloriser la profession de PH, pour favoriser l'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public et éviter la fuite des anciens.

Un budget de près de 10% de la masse salariale des médecins accordé par un Ministère est pratiquement inespéré donc très significatif. Les mesures arrêtées répondent à nos demandes depuis de nombreuses années en particulier la reconnaissance de l'activité publique exclusive qui a autant de valeur que ceux qui choisissent de faire de l'activité libérale à l'hôpital. Cette mesure, par ailleurs indexée sur l'augmentation des salaires, permet de maintenir cette prime à un niveau constant par rapport à notre salaire de base.
La réduction de la carrière de 25 ans à 24 ans, la suppression des quatre premiers échelons, la réduction de temps des 7ieme, 8 ieme, et 9 ieme échelons correspondent à une forte d'augmentation de salaire que nous ne pouvons négliger même si notre souhait était de réduirela carrière à 20 ans.

Sur tous ces points, je suis satisfait de l'accord cadre mais les contraintes des anesthésistes réanimateurs sont à nouveau les grandes oubliées!

On revalorise tout le monde, du dermatologue à l'anesthésiste comme si les pratiques et les charges de travail étaient identiques. On revalorise tout le monde, du CHU au plus petit des CHG comme si tous les établissements étaient identiques. Non vraiment, tout cela je ne peux l'accepter, notre métier est à fortes contraintes avec des charges de travail qui augmentent pour des effectifs qui ne bougeront pas. Non je ne peux pas accepter de considérer que la charge de travail soit la même dans un hôpital où l'on est moins de cinq pour assurer le travail quotidien et les gardes alors qu'à activité égale dans les grosses structures ou les CHU l'effectif est deux fois ou trois fois supérieur.

Et ce qui me navre, c'est que l'on puisse écrire que sous des pressions des différentes Fédérations, le repos de sécurité passe à la trappe. Alors je me révolte et je vous demande qu'une action forte dans toute la France s'exprime pour montrer que les anesthésistes réanimateurs chirurgicaux dans leurs hôpitaux sont des pivots des plateaux techniques et que sans eux , sans leur travail, sans leur conscience professionnelle, ces mêmes plateaux techniques ne fonctionneraient plus et nombres d'hôpitaux seraient obligés d'abandonner leur chirurgie.
Nous ne pouvons plus continuer à travailler plus de 60 heures par semaine, enchaîner les jours et les nuits sans repos de sécurité: trop c'est trop.
Je vous suggère que la semaine du 15 mai 2000, les anesthésistes réanimateurs de garde n'exercent aucune fonctionde soins le lendemain de cette garde, ni au bloc opératoire, ni en consultation d'anesthésie.
Nous adresserons un mode d'emploi et les courriers à diffuser aux Directeurs, aux Préfets, aux Directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour signaler ce fait dans le cadre de l'application du décret n°84-131 du 6 juillet 1999.

Les anesthésistes réanimateurs demandent pour leur profession, l'application immédiate dans tous les établissements publics du repos de sécurité après une garde, selon un principe de précaution.

Michel VIGNIER



ENQUETE DE PENIBILITE DES GARDES

DANS LES PAYS DE LOIRE

Un Malentendu ?

En Janvier 1999, l'enquête de faisabilité du repos de sécurité après les gardes devait avoir lieu dans les Pays de Loire, l'avancée des résultats était très attendue. Voici comment nous avons suivi son évolution.

Le 8 décembre 1998, le Docteur Jacques DENIS-LAROQUE a réuni à l'A.R.H. de Nantes, les présidents des Commissions des gardes, les directeurs des affaires médicales des centres hospitaliers de la région et des représentants de la Société Idéactive (Société spécialisée dans l'ergonomie) pour mettre en place des enquêtes.

Après discussion sur la pénibilité (toute garde sur place est-elle pénible en elle-même) l'enquête s'intéresse à des hôpitaux de différentes tailles, différents fronts de garde d'Anesthésie, de Gynéco-obstétrique, d'urgence, de réanimations polyvalentes ou spécialisées. La Société Idéactive rencontre un membre du front de garde de chaque hôpital concerné pour déterminer le ressenti de la pénibilité sur la vie professionnelle, familiale ou sociale.

L'enquête se déroule du 4 au 29 janvier 1999, précisant le nombre d'entrée le nombre d'appels, de déplacements, d'actes et consultations ainsi que la durée cumulée du dérangement. L'âge du praticien, son ancienneté ainsi que son statut étaient également recueillis.

Le 3 mars 1999, les conclusions étaient attendues avec impatience...

Malheureusement, la Société Idéactive n'a visé qu'à étudier les critères de pénibilité et elle n'a pas défini les éléments quantifiables pour toutes les gardes. La pénibilité était différente selon le type de garde et est spécifique selon le lieu. La faisabilité n'a pas été envisagée...

Le rapport n'a donc pas été public.

Le Docteur DENIS-LAROQUE a donc réalisé lui-même un rapport confidentiel au Ministère, cependant il a donné quelques éléments.

Les petits hôpitaux avec des gardes fictives ont été exclus.

Sur 68 fronts de garde de 8 hôpitaux, ne seraient retenus que 32 fronts nécessitant une « récupération « car le travail est intense.

Cette « récupération « (et non repos de sécurité) pourrait être étudiée au cas par cas selon l'hôpital ou la région.

Le travail continu pourrait être envisagé (3 X 8 heures ou autres).

Pour diminuer le nombre de gardes des regroupements seraient nécessaires.

En fonction des possibilités de recrutement, le nombre de praticiens pourrait être augmenté de 2 à 3 par front de garde.

D. LEMANISSIER





ET LE REPOS DE SÉCURITÉ DANS TOUT CA !

«Tout le monde il est pas beau... Tout le monde il est pas gentil... Tout le monde il ne fait pas le même métier !»

Oui, nous sommes tous PH. Oui, nous allons bénéficier, comme les autres, des avancées statutaires et financières qu'à daigné nous accorder Madame la Ministre. Oui, mais ni plus ni moins que ceux qui font des horaires réglés à leur guise, qui rentrent manger chez eux à midi, qui fixent eux même leurs rendezvous, qui donnent toutes les nuits et qui ne travaillent jamais le dimanche (et le samedi !).

Egalité ne veut pas dire égalitarisme !

Que, après de dures affrontements, il ait été admis que le repos de sécurité pouvait être accordé, à titre expérimental, et sans moyens supplémentaires aux hôpitaux qui le souhaitent peut être considéré comme une semi-victoire : les gros CHU vont pouvoir l'appliquer ! mais, les hôpitaux généraux dont les équipes sont réduites, que vont-ils faire ? Le côté positif, c'est qu'il s'agit là implicitement de la reconnaissance du fait que, dans beaucoup d'établissements, il va falloir renforcer les équipes pour mettre en place le repos de sécurité, d'où la création de postes ! Mais avec qui ? Il va donc nous falloir exercer une pression forte et continue dans nos établissements afin que les problèmes soient posés et que les questions pratiques de la mise en application perturbent suffisamment nos administrations et nos collègues entraînant une remontée d'informations aux instances régionales et posant le problème dans sa réalité.

Car la question du repos de sécurité est tout à fait liée à la pénibilité et aux graves trous démographiques qui parasitent le bon fonctionnement de notre discipline. Les 150 NF arrachés de haute lutte (contre certains de nos collègues qui trouvaient cette enveloppe exagérée...) devront être alloués et vite afin de pallier aux situations catastrophiques de certains de nos hôpitaux où les équipes d'anesthésie réanimation sont réduites de 30, voire de 60 % de leur effectif budgetté. Cette surprime concernera non seulement ceux qui voudront prendre des postes dans ces hôpitaux, mais aussi des collègues déjà en place. Il nous reste à définir les critères qui permettront l'attribution de cette juste reconnaissance de la pénibilité de ces activités (contraignantes et difficiles).

Notre syndicat est bien sûr partie prenante à part entière dans cette discussion. Notre bureau va plancher sur le sujet, mais vos remarques et suggestions seront les bienvenues.

Comme vous le constaterez dans ce nouveau numéro de la lettre syndicale, les choses bougent. Nous avons la chance d'avoir intégré, ces dernières années, dans notre équipe de jeunes talents motivés et actifs. Le sang neuf, c'est la vie et dans un futur proche, l'équipe responsable va être profondément rajeunie : l'enthousiasme doit se conjuguer à l'expérience. L'opiniâtreté doit être soutenue par une agressivité bien conduite et un «punch» certain.

Le combat syndical est un travail de longue haleine, parfois exaltant, souvent ingrat qui n'est pas toujours reconnu et qui s'exerce dans des conditions souvent difficile.

Un nouvel espoir d'expression se crée. Vous êtes vivement invités à y participer.

Vos cotisations indispensables nous donnent le moyen matériel de travailler, votre engagement personnel est encore mieux le gage de l'enracinement et de la maturité de notre syndicat.

Le combat continue. Soyez avec nous. Soyez en des membres actifs, voire des fers de lance.

Docteur J.C. DUCREUX

Projection de nouvelles grilles de rémunération

temps plein et temps partiel (hors prime pour ceux qui ne font pas de libéral 25000 puis 30000 et 36000 annuel).

PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL
Grille actuelle

Echelon	*Durée*	*Rémunération annuelle*		*Diff échelon*
1	1	138 461		
2	1	145 206	1 à 2	6 745
3	1	154 456	2 à 3	9 250
4	1,5	160 684	3 à 4	6 228
5	2	169 759	4 à 5	9 075
6	2	177 157	5 à 6	7 398
7	3	190 639	6 à 7	13 482
8	3	205 265	7 à 8	14 626
9	2,5	219 235	8 à 9	13 970
10	2	238 147	9 à 10	18 912
11	2	247 819	10 à 11	9 672
12	4,5	284 148	11 à 12	36 329
13	4,5	296 728	12 à 13	12 580

Nouvelle grille

Echelon	*Durée*	*Rémunération annuelle*		*Diff échelon*	*Augmentation annuelle*	*% d'augmentation*
1	1	160 684			22 223	16,1%
2	1	164 184	1 à 2	3 500	18 978	13,1%
3	2	168 184	2 à 3	4 000	13 728	8,9%
4	2	173 184	3 à 4	5 000	12 500	7,8%
5	2	181 184	4 à 5	8 000	11 425	6,7%
6	2	192 184	5 à 6	11 000	15 027	8,5%
7	2	206 184	6 à 7	14 000	15 545	8,2%
8	2	213 184	7 à 8	7 000	7 919	3,9%
9	2	221 184	8 à 9	8 000	1 949	0,9%
10	2	238 684	9 à 10	17 500	537	0,2 %
11	2	250 684	10 à 11	12 000	2 865	1,2%
12	4	285 569	11 à 12	34 885	1 421	0,5%
13	6	298 212	12 à 13	12 643	1 484	0,5%



PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN

Grille actuelle

Echelon	*Durée*	*Rémunération annuelle*		*Diff échelon*
1	1	253 849		
2	1	266 216	1 à 2	12 367
3	1	283 166	2 à 3	16 950
4	1,5	294 590	3 à 4	11 424
5	2	311 229	4 à 5	16 639
6	2	324 788	5 à 6	13 559
7	3	349 508	6 à 7	24 720
8	3	374 227	7 à 8	24 719
9	2,5	396 559	8 à 9	22 332
10	2	429 392	9 à 10	32 833
11	2	445 736	10 à 11	16 344
12	4,5	509 715	11 à 12	63 979
13	4,5	532 280	12 à 13	22 565

Nouvelle grille

Echelon	*Durée*	*Rémunération annuelle*		*Diff échelon*	*Augmentation annuelle*	*% d'augmentation*
1	1	294 590			40 741	16%
2	1	299 590	1 à 2	5 000	33 374	12,5%
3	2	306 590	2 à 3	7 000	23 424	8,3%
4	2	314 590	3 à 4	8 000	20 000	6,8%
5	2	328 590	4 à 5	14 000	17 361	5%
6	2	351 590	5 à 6	23 000	26 802	8,3%
7	2	376 590	6 à 7	25 000	27 082	7,7%
8	2	388 590	7 à 8	12 000	14 363	3,8%
9	2	402 590	8 à 9	14 000	6 031	1,5%
10	2	432 590	9 à 10	30 000	3 198	0,7%
11	2	450 590	10 à 11	18 000	4 854	1,1%
12	4	512 264	11 à 12	61 674	2 549	0,5%
13	6	534 941	12 à 13	22 678	2 661	0,5%

Baxter
Film

Mise en place du repos de sécurité

Mode d'emploi de la semaine du dimanche 15 au vendredi 20 mai 2000

1. Concerne les Praticiens Anesthésistes-Réanimateurs prenant la garde sur place (Temps Plein, Temps Partiels, P.A.C.) ;
2. Suspension de toute <u>activité clinique</u> (anesthésie, réanimation, consultations de quelque nature que ce soit intra ou extra hospitalière) <u>le lendemain de la garde</u> ;
3. Le praticien reste à son poste le lendemain de la garde et assure si nécessaire des activités non cliniques ;
4. Ainsi, le praticien ayant assuré le dimanche en garde n'assure pas d'activité clinique le lundi, et ainsi de suite jusqu'au samedi qui n'est pas assuré par celui qui a été de garde le vendredi ;
5. oute difficulté de mise en place, de quelque nature que ce soit, toute brimade ou tracasserie de nature administrative est communiquée au syndicat par téléphone, fax, ou E-mail aux numéros ci-dessous.

ECOUTE PERMANENTE LORS DE LA SEMAINE DE MISE EN PLACE DU REPOS DE SECURITE :
TELEPHONE-REPONDEUR : 05 46 45 52 30 (Dr Goumard) ;
FAX : 04 42 71 44 64 (Dr Valeri) ;
E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr

6. La lettre ci-dessus sera signée par le délégué régional pour les instances régionales, et départementales ; par le délégué d'hôpital et les autres anesthésistes pour les instances locales ;

<u>AVANT LE 30 AVRIL 2000</u>



SYNDICAT NATIONAL
des MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS
des HOPITAUX NON UNIVERSITAIRES

Le Délégué Régional
Centre Hospitalier de…

à Monsieur le Directeur de l'ARH
à Monsieur le Préfet
à Monsieur le Directeur de la DRASS
à Monsieur le Directeur de la DASS
à Monsieur le Directeur de l'Etablissement
à Monsieur le Président de la CME

Monsieur,

La reconnaissance de la pénibilité de certaines activités de garde, en particulier en anesthésie réanimation, et du risque qu'encourent les patients pris en charge le lendemain par des praticiens n'étant pas en pleine possession de leurs moyens, a fait prendre au gouvernement le décret 84-131, qui, dans son article 30, définit le repos de sécurité. Il s'agit d'un texte de bon sens et de santé publique.

Son indispensable mise en place va nécessiter des aménagements.

Aussi, dans l'attente des circulaires d'application, notre Syndicat a décidé, dans l'intérêt bien compris des malades et des médecins, de réaliser en grandeur nature une mise en place sur tout le territoire de ce décret durant la semaine allant du Dimanche 15 au Vendredi 20 Mai 2000.

La mesure portera simplement sur l'application de l'interdiction de toute activité de soins post-garde.

Cette action nous permettra de faire une analyse en profondeur des réalités de terrain et de tester les modalités de mise en place par une écoute permanente des problèmes inhérents à l'application du décret lors de cette période.

Ceci enrichira considérablement notre contribution à l'élaboration de la circulaire d'application qui devrait sortir le plus rapidement possible.

Pour le président du SNMARHNU
Le délégué régional.

DÉCRET RÉA :

Porte étroite au bout du tunnel ?

Les décrets relatifs à la réanimation définissent les conditions d'implantation et les normes techniques de fonctionnement minimales auxquelles doivent se conformer les établissements de santé pour l'exercice de la dite activité.
La mise en oeuvre de la procédure d'autorisation et la préparation du volet du SROS relatif à cette activité de soins exige la réalisation préalable d'une évaluation des structures existantes. Le décret est finalisé, la circulaire d'application écrite, mais il n'est toujours pas sorti...

Quels en sont les points forts ?

1 - L'exercice de la réanimation nécessite une autorisation : une de plus. Ce texte est un énorme outil de restructuration dans le SROS. D'autant plus que la carte sanitaire relative à l'activité de réanimation est déterminée selon un niveau de référence qui fait de la réanimation une activité relevant du niveau régional dans le SROS. Les lits de réanimation sont rattachés à une carte sanitaire spécifique et ne sont plus considérés comme des lits de médecine.

2 - Les établissements disposeront de trois ans pour se conformer aux nouvelles normes du décret.

3 - Ce décret définit de manière assez précise ce que doit comporter le service en matière d'équipement, d'architecture, mais aussi en matière de personnel de réanimation (2 IDE pour 5 malades et 1 AS pour 4 malades). Bien noter que ces ratios de personnel ne font plus référence au nombre de lits mais au nombre de malades. Ainsi, les différents services de réanimation répondant à la définition disposeront de moyens équivalents à activités équivalentes !?

4 - Le texte définit et reconnaît les compétences de notre spécialité et notre possibilité de l'exercer aussi bien en réanimation chirurgicale qu'en réanimation médicale ; seule la chefferie de service est conditionnée par l'intitulé du service : réanimation médicale ou chirurgicale, sauf pour les réanimation médico-chirurgicales où le jeu reste ouvert. Le libellé du texte pousse à la réalisation en particulier dans les hôpitaux non universitaires de services médico-chirurgicaux.

5 - Il existe une possibilité de prise de garde pour un médecin ayant une expérience attestée en réanimation, mais aussi par un interne en médecine conformément aux dispositions de l'arrêté du 21 Janvier 1976. Dans ces conditions, les intéressés doivent être doublés par un médecin titulaire de l'une des qualifications qui est en astreinte opérationnelle.

6 - L'activité des services de réanimation sera mesurée de manière objective. Mais de manière parallèle notre activité sera évaluée par rapport à une norme nationale prenant en compte le taux d'occupation, le pourcentage de patients ventilés, le pourcentage de patients ventilés plus de 48 h, l'IGSII, l'OMÉGA, le taux de mortalité... Une attention toute particulière sera accordée aux protocoles de prévention des infections nosocomiales. Néanmoins, il est reconnu que ces indicateurs devront être exploités de manière «intelligente» en particulier pour ce qui concerne la pathologie cardio-vasculaire, les intoxications volontaires, les comas hyperosmolaires et acidocétosiques, c'est-à-dire chaque fois que le retentissement systémique et la mortalité des pathologies concernées sont faibles. Ceci veut dire qu'un score faible de l'IGSII ne permet pas d'armer que le patient ne relève pas d'une prise en charge en réanimation pour ces pathologies. Par ailleurs, il est reconnu que les unités de réanimation médico-chirurgicales admettent indifféremment des patients de discipline de médecine et de chirurgie.

7 - En matière de garde, l'activité du médecin reste exclusive au service de réanimation.

8 - Le seuil de 8 lits minimum est conservé avec la dérogation de 6 lits pour les établissements sièges de SAU seuls dans un département.

9 - En matière de personnel, aucun ratio n'a été précisé pour les médecins... En ce qui concerne les personnels paramédicaux, il est notifié que les infirmières affectées dans le service de réanimation doivent subir une formation de 4 mois avant d'être intégrées dans les équipes soignantes. Ceci suppose un renforcement des équipes.

En somme, on est face à un décret extrêmement restructurant. Mais le contenu est parfaitement recevable en ce qu'il définit de manière correcte et pragmatique les moyens nécessaires à son fonctionnement et les modalités selon lesquelles doivent s'exercer cette activité. Ceci sousentend que nos gestionnaires hospitaliers auront des choix à faire en matière de dotation et de financement. Il en sera de même pour la communauté médicale et les CNIE qui dervront donner les moyens de fonctionner bien sûr, mais aussi permettre l'obtention de la masse critique des 8 lits minimum. Il y a là des regroupements prévisibles.
Il reste maintenant à attendre la sortie définitive de ce décret...

Docteur J.C. DUCREUX

Euthérapie
Film

Décret relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs ou la surveillance continue et modifiant le titre du livre VU code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 712-8 à L. 712-20, R. 712-2, R. 712-37 à R. 712-51, D. 712-14 et D. 712-15,
Vu l'avis du conseil supérieur des hôpitaux en date du ....
Vu l'avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du ....
Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

DECRETE

TITRE Ier

DISPOSITIONS MODIFIANT LE LIVRE VII DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article Ier. - Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'État), titre Ier, chapitre 11, section IV est insérée une sous- section 111 ainsi rédigée

Sous section III. - Réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

• Ier - RÉANIMATION.

Art. R. 712-90. - L'activité de soins de réanimation, mentionnée au III de l'article R.712-2 du code de la santé publique, est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients adultes ou enfants présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu à court terme le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Art. R. 712-91. - L'activité de soins de réanimation nécessite la mise en oeuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, à la disposition exclusive de l'unité.

Art. R. 712-92. - Les unités de réanimation citées à l'article R. 712-90 exercent les missions suivantes :
Elles assurent vingt quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients en situation de détresse vitale quels que soient les organes concernés.
Elles organisent le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état le permet.

Art. R.712-93. - L'autorisation nécessaire pour exercer l'activité de soins de réanimation, prévue par le 3° de l'article L. 712-8, ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou d'installations de chirurgie. Toutefois, à titre dérogatoire, l'autorisation d'exercer l'activité de soins réanimation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installations de médecine en hospitalisation complète sous réserve qu'il conclue avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie une ou des conventions organisant le transfert des patients. Dans tous les cas, l'établissement de santé comporte au moins une unité de surveillance continue.

• 2. SOINS INTENSIFS.

Art. R. 712-94. - Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité mettant en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à mie méthode de suppléance.

Art. R. 712-95. - L'activité de soins intensifs nécessite la mise en oeuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, à la disposition de l'unité.

Art. R. 712-96. - L'unité de soins intensifs assure vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge des

patients en situation de détresse vitale et leur transfert vers l'unité de surveillance continue ou l'unité d'hospitalisation dès que leur état le permet ou dans les unités de réanimation lorsque leur état le nécessite.

Art. R. 712-97. - L'unité de soins intensifs a un caractère spécialisé et ne peut fonctionner qu'au sein d'un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d'installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète.

Art. R. 712-98. - L'activité de soins intensifs cardiologiques est soumise à des conditions techniques de fonctionnement définies par décret.

• 3. - SURVEILLANCE CONTINUE

Art. R. 712-99. - L'activité de surveillance continue est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des malades dont l'état nécessite l'observation répétée et méthodique de paramètres définis selon la pathologie, le degré de gravité et le traitement appliqué.

Art. R. 712-100. - L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs sous réserve qu'une convention, précisant les conditions de transfert des patients, soit conclue avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs.

• 4. - DISPOSITIONS COMMUNES.

Art. R. 712.101. - En vue d'assurer la sécurité et la continuité des soins, les établissements exerçant les activités de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue concluent des conventions définissant les modalités de transfert des patients.

TITRE II

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 2. - Les modalités de prise en charge des défaillances viscérales en chirurgie cardiaque, en neurochirurgie et dans le traitement des grands brûlés seront précisées dans le cadre des décrets réglementant ces activités.

Article 3. - Tout établissement souhaitant exercer ou continuer à exercer l'activité de soins de réanimation est tenu de solliciter l'autorisation prévue par le 3° de l'article L.712-8 du code de la santé publique.
La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer des demandes d'autorisation aura une durée de six mois ; par dérogation à l'article R.712.39 du même code, la date d'ouverture de cette période sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 4. - L'autorisation nécessaire pour exercer l'activité de soins de réanimation pourra être accordée à un établissement de santé ne satisfaisant pas encore à toutes les conditions techniques de fonctionnement mentionnées au 3° de l'article L. 712-9, sous réserve que l'établissement se mette en conformité avec lesdites conditions techniques dans un délai de cinq ans courant à compter de la date de notification de l'autorisation. Au delà de ce délai, l'autorisation ne sera renouvelée que si l'établissement s'est mis en conformité avec ces conditions.

Article 5. - L'activité de soins de réanimation s'exerce dans des installations autorisées à cet effet. Lors de la délivrance des autorisations de réanimation, les établissements de santé pratiquant antérieurement l'activité de réanimation dans des lits de médecine ou de chirurgie verront, à titre de régularisation, les capacités afférentes à ces disciplines soustraites à due concurrence du nombre de lits autorisés pour l'activité de réanimation.

Article 6. - A l'article R. 712-87 est ainsi modifié, le b du 1 est ainsi rédigé :
«b) Pour l'activité de soins énumérée au 5° du III de l'article R. 712-2 ;»

Article 7. - Les schémas régionaux d'organisation sanitaire arrêtés avant la publication du présent décret devront être révisés en ce qui concerne la réanimation dans un délai de 18 mois à compter de cette date afin de tenir compte des dispositions des



articles R. 712-90 à R. 712-101 du code de la santé publique.

Article 8. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le

Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour exercer les activités de réanimation et de soins intensifs cardiologiques et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets)

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 712-8 à L. 712-20, R. 712-2, R. 712-37 à R. 712-51, D. 712-14 et D. 712-15, D. 712-45 à D. 712-50,
Vu l'arrêté du 21 janvier 1976 relatif à l'organisation des gardes dans les services de réanimation,
Vu l'avis du conseil supérieur des hôpitaux en date du ....
Vu l'avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du ....
Après avis du Conseil d'État (section sociale),

DECRETE

TITRE Ier

DISPOSITIONS MODIFIANT LE LIVRE VII DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article Ier. - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie Décrets), titre Ier, chapitre 2, section 3, est insérée après l'article D. 712-103 une sous-section V ainsi rédigée :

Sous-Section V.

Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'activité de réanimation

Art. D. 712-104. - L'unité de réanimation est organisée :
1° : dans les centres hospitaliers, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération définis par les articles L. 714-20 et L. 714-25 ou selon les modalités prévues par l'article L. 714-25-2 ;
2° : dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

Art D. 712-105. - L'unité de réanimation comporte au minimum huit lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population, la capacité minimale peut être ramenée à six lits lorsque l'éloignement des établissements pratiquant la réanimation impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.

Art D. 712-106. - L'unité de réanimation dispose de locaux distribués en trois zones :
1° : une zone filtre située en amont de la zone technique et de la zone d'hospitalisation permettant le contrôle des flux entrants de personnels, de malades, de visiteurs et de matériels. Elle comporte notamment un espace d'attente pour les familles, un secrétariat et des sanitaires ;
2° : une zone d'hospitalisation ;
3° : une zone technique incluant notamment une salle de nettoyage et de décontamination du matériel, des espaces de rangement du matériel, une zone de stockage du linge sale, une zone de stockage du linge propre.

Art. D. 712-107. - L'unité de réanimation dispose d'une pièce, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année. En outre, l'unité comporte une salle de réunion, des bureaux et un espace de détente.

Art. D. 712-108. - L'équipe médicale d'une unité de réanimation est notamment composée :
- de un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de réanimation médi-



cale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ;
- de un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ;
- de un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale ou qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médico-chirurgicale.
L'équipe médicale de l'unité de réanimation pédiatrique est, en outre, notamment composée de un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes en pédiatrie.

Art. D. 712-109. - Le responsable de l'unité de réanimation adulte est titulaire, selon l'orientation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale de l'unité, de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés à l'article D. 712-108. Le responsable de l'unité de réanimation pédiatrique est :
- qualifié spécialiste en pédiatrie lorsque l'unité est à orientation médico-chirurgicale ou médicale ;
- qualifié spécialiste ou compétent en anesthésie-réanimation ou bien qualifié spécialiste en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsque l'unité est à orientation chirurgicale.

Art. D. 712-110. - Dans toute unité de réanimation, la présence médicale est assurée pendant le service normal de jour par au moins un médecin titulaire de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés à l'article D. 712-108. En dehors du service normal de jour, la présence médicale est assurée par un médecin titulaire de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés à l'article D. 712-108 ou par un médecin ayant une expérience attestée en réanimation. En outre, dans les établissements de santé publics, elle peut être assurée en dehors du service normal de jour par un interne en médecine conformément aux dispositions de l'arrêté du 21 janvier 1976. Lorsque la présence médicale est assurée en dehors du service normal de jour par un interne ou par un médecin ayant une expérience attestée en réanimation, une astreinte opérationnelle est assurée pour le site par un médecin titulaire de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés à l'article D. 712-108.

Art. D. 712-111. - Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale de l'unité de réanimation est suffisante pour que soient effectivement présents au minimum :
- deux infirmiers pour cinq patients ;
- un aide soignant pour quatre patients.
L'équipe paramédicale de l'unité de réanimation pédiatrique est, en outre, notamment composée de une ou plusieurs puéricultrices.

Art. D.712-112. - L'établissement est en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et de disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et d'un personnel à compétence biomédicale.

Art. D.712-113. - L'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année :
l° sur place, des équipements mobiles permettant de réaliser vingt-quatre heures sur vingt-quatre, éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive.
2° sur place ou par convention :
- d'un secteur opératoire organisé de façon à mettre à la disposition de l'unité, au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance postinterventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 712-45 à D. 712-50,
- de moyens techniques permettant de pratiquer les examens en scanographie et angiographie ;
- d'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.

Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.



Article D. 712-114. - Dans les établissements de santé privés, les contrats conclus en application de l'article 83 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale entre les établissements et les membres de l'équipe médicale comportent des dispositions organisant la continuité des soins médicaux en réanimation.

Article 2. - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : décrets), titre Ier, chapitre 2, section 3, est insérée une sous-section VI ainsi rédigée:

Sous-Section VI. - Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'activité de soins intensifs cardiologiques.

Art. D. 712-115. - L'unité de soins intensifs cardiologiques est organisée :
1°- dans les centres hospitaliers, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération définis par les articles L.714-20 et L.714-25 ou selon les modalités prévues par l'article L. 714-25-2 ;
2° - dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

Art. D.712-116. - L'unité de soins intensifs cardiologiques comporte au minimum six lits. Elle ne peut fonctionner que dans un établissement exerçant des activités de cardiologie.

Art. D. 712-117. - L'équipe médicale est notamment composée de médecins qualifiés spécialistes ou compétents en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou qualifiés spécialistes en pathologie cardio-vasculaire.

Art. D. 712-118. - Le responsable de l'unité de soins intensifs cardiologiques est titulaire de l'une des qualifications mentionnées à l'article D. 712-117.

Art. D. 712-119. - Dans toute unité de soins intensifs cardiologiques, la présence médicale est assurée pendant le service normal de jour par au moins un médecin titulaire de l'une des qualifications mentionnées à l'article D. 712-117. En dehors du service normal de jour, une garde est assurée dans l'unité par un médecin qualifié ou par une personne en cours de spécialisation. Dans le cas où la garde est assurée par une personne en cours de spécialisation, un astreinte est assurée par un médecin titulaire de l'une des qualifications mentionnées à l'article D. 712-117.

Art. D. 712-120. - Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale de l'unité de soins intensifs cardiologiques, est suffisante pour que soient effectivement présents :
- de jour, un infirmier pour quatre patients et un aide soignant pour quatre patients ;
- de nuit, au moins un infirmier pour huit patients. Lorsque pour huit patients présents la nuit, un seul infirmier est affecté à l'unité, la présence d'un aide soignant est indispensable.

Art. D.712-121. - L'établissement est en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute et de disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et d'un personnel à compétence biomédicale. L'unité assure une fonction d'accueil à laquelle est associé un secrétariat.

Art. D.712-122. - L'établissement dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année :
1°- sur place :
- des moyens techniques permettant de pratiquer les examens de radiologie conventionnelle ;
- d'un écho-doppler avec mode M et sonde trans-oesophagienne ;
2° - sur place ou par convention :
- des moyens techniques permettant de pratiquer des scintigraphies, des scanographies et des angiographies pulmonaires et vasculaires ;
- d'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang. Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

Art. D. 712-123. - L'unité de soins intensifs cardiologiques ainsi que l'unité de médecine de la spécialité à laquelle elle est rattachée ont accès vingt-quatre heures sur vingt-quatre, au sein de l'établissement d'implantation ou en dehors de celui-ci par

voie de convention, à une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle.

Article 3. - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : décrets), titre Ier, chapitre 2, section 3, est insérée une sous-section VII ainsi rédigée :

Sous-Section VII. - Dispositions communes

Art. D. 712-124. - La prise en charge du malade au sein d'une unité de réanimation ou de soins intensifs est effectuée sur la base de protocoles écrits de soins médicaux et paramédicaux et donne lieu à la production d'un dossier médical.

Art. D. 712-125. - Toute unité de réanimation ou de soins intensifs est tenue de mettre en oeuvre des procédures standardisées visant notamment à favoriser la prévention et la surveillance des infections nosocomiales.

Art. D. 712-126. - Les modalités de transfert du malade et de communication du dossier patient entre l'unité de réanimation ou de soins intensifs et toute autre unité d'hospitalisation complète font l'objet de procédures écrites.

TITRE II

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 4. - Les unités de réanimation spécialisées en activité médicale ou chirurgicale et rattachées à des services de médecine ou de chirurgie à la date du publication du présent décret pourront obtenir l'autorisation mentionnée à l'article R. 712-93 dans les conditions énoncées ci-après :
1°- Pour les unités de réanimation spécialisées en activité médicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service de médecine agréé pour la formation pratique du diplôme d'études spécialisées de réanimation médicale.
2° - Pour les unités de réanimation spécialisées en activité chirurgicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service ou à un département de chirurgie et placées sous la responsabilité d'un médecin répondant aux conditions énumérées au deuxième alinéa de l'article D. 712-108 et désigné avec l'accord conjoint des chefs de service ou de département de chirurgie et d'anesthésie-réanimation concernés.

Article 5. - A titre transitoire, les établissements de santé dont les installations ne satisfont pas aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 712-116 à D.712.123 du code de la santé publique disposent d'un délai de trois ans à compter de la date susmentionnée pour se conformer à ces dispositions.

Article 6. - L'équipement de l'unité de réanimation et de l'unité de soins intensifs est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 7. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le

PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS GOUVERNEMENTAUX

Il est proposé de compléter le projet de décret en Conseil d'État par deux articles ayant pour objet de préciser les modalités de mise en oeuvre de la procédure de délivrance des autorisations pour l'activité de réanimation:

- 1[ére] proposition d'amendement : insertion d'un article modifiant la zone sanitaire de rattachement de l'activité de réanimation :

Article 6. - L'article R. 712-7 est ainsi modifié,
1° le b du 1 est ainsi rédigé:
«b) Pour l'activité de soins énumérée au 5° du 111 de l'article R. 712-2»
2° le c du 3 est ainsi rédigé :
«c) Pour les activités de soins énumérées du 6° au 8°, aux 10° et 12° de l'article R. 712-2»
Commentaires : dans la version actuelle de l'article R. 712-7, la carte sanitaire relative à l'activité de

réanimation est déterminée au niveau du secteur sanitaire. L'objet du présent article est de modifier la zone sanitaire de référence en faisant de la réanimation une activité de soins relevant du niveau régional.

• 2eme proposition d'amendement - insertion d'un article précisant les révisions de capacités à réaliser au moment de la délivrance des autorisations en ce qui concerne les établissements de santé disposant antérieurement de lits utilisés pour des soins de réanimation :

Article 7. - L'activité de soins de réanimation s'exerce dans des 'installations autorisées à cet effet. Lors de la délivrance des autorisations de réanimation, exprimées en lits, les établissements de santé pratiquant antérieurement des soins de réanimation dans des lits de médecine ou de chirurgie verront les capacités afférentes à ces lits soustraites dans les conditions présentées ci-après :
- la réduction des capacités considérées s'opérera à due concurrence du nombre de lits de réanimation nouvellement autorisés si celui-ci est inférieur ou égal au nombre de lits antérieurement dédiés aux soins de réanimation ;
- la réduction des capacités considérées s'opérera à due concurrence du nombre de lits antérieurement dédiés aux soins de réanimation si celui-ci est inférieur au nombre de lits de réanimation nouvellement autorisés ;

Commentaires : les lits de réanimation autorisés au titre de l'activité de réanimation seront rattachés à une carte sanitaire spécifique, et ne serontplus considérés comme des lits de médecine ou de chirurgie, comme c'est le cas actuellement. De ce fait, il importe qu'au moment de la délivrance des autorisations de réanimation, les capacités utilisées en médecine ou en chirurgie pour délivrer antérieurement des soins de réanimation soient soustraite, et ce de façon partielle ou totale en fonction du nombre de lits de réanimation nouvellement autorisés (voir en annexe).

Sur la forme, il convient de préciser que la première phrase de l'article 6 était initialement insérée à l'article R. 712-93.

Modalités de révision des capacités à réaliser au moment de la délivrance des autorisations en ce qui concerne les établissements pratiquant antérieurement des soins de réanimation dans des lits de médecine ou de chirurgie.

• 1er cas : le nombre de lits autorisés au titre de l'activité de soins est supérieur au nombre de lits antérieurement dédiés aux soins de réanimation.
- situation antérieure : 200 lits MCO dont 10 lits dédiés aux soins de réanimation.
- capacités nouvellement autorisées au titre de l'activité de réanimation: 12 lits de réanimation (reconnaissance de 2 lits de réanimation supplémentaires par rapport à la situation antérieure).
- capacités afférentes aux lits de médecine et de chirurgie réduites de 10 lits.

Conclusion : l'effet conjoint de l'autorisation d'activité et de la révision des capacités afférentes aux lits de médecine et de chirurgie accroit les capacités totales de l'établissement de 2 lits.

• 2eme cas : le nombre de lits autorisés au titre de l'activité de soins est inférieur ou égal au nombre de lits antérieurement dédiés aux soins de réanimation.
- situation antérieure : 200 lits MCO dont 10 lits dédiés aux soins de réanimation.
- capacités nouvellement autorisées au titre de l'activité de réanimation : 8 lits de réanimation.
- capacités afférentes aux lits de médecine et de chirurgie réduites de 8 lits.

Conclusion : la capacité totale de l'établissement n'est pas remise en cause malgré la suppression de 2 lits de réanimation par rapport à la situation antérieure.

Siemens
Film

MONITORAGE CLINIQUE ET INSTRUMENTAL DE LA CURARISATION

Bertrand Debaene - Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Poitiers

Le monitorage clinique de la curarisation (par opposition à l'évaluation de la curarisation dans le cadre de la recherche) ne nécessite qu'un stimulateur de nerf périphérique, la réponse aux stimulations étant évaluée visuellement et/ou tactilement. De ce dispositif simple, de nombreux renseignements, précieux pour la sécurité du patient, peuvent en être déduits pour peu que les bonnes questions soient posées et que le comportement des différents muscles à l'action des curares soit compris.

1 - Effets des curares sur les différents groupes musculaires

Les muscles de l'organisme n'ont pas un comportement univoque vis à vis de la curarisation. En résumé, les muscles respiratoires [1] (dont le diaphragme), les muscles adducteurs laryngés [2] (commandant l'ouverture des cordes vocales) et l'orbiculaire de l'oeil [3,4] sont plus résistants à l'effet des curares non-dépolarisants que des muscles périphériques comme l'adducteur du pouce. Ainsi, celui-ci peut être totalement curarisé alors que les muscles respiratoires ne le sont que partiellement. En d'autre terme, si un bloc complet du diaphragme est requis, le monitorage de la curarisation en train de quatre (TOF) effectué au niveau de l'adducteur du pouce est inadapté [5]. Le délai d'installation et la durée de la curarisation sont plus courts pour les muscles respiratoires [6,7] et laryngés [8,9] que pour l'adducteur du pouce. Le profil de la curarisation de l'orbiculaire de l'oeil est comparable à celui du diaphragme [4] et des muscles adducteurs des cordes vocales [8]. Ainsi, le monitorage de l'adducteur du pouce ne permet de déterminer avec précision le moment où les muscles laryngés sont curarisés et donc le moment le plus précoce pour intuber dans de bonnes conditions [10]. Le monitorage de l'orbiculaire de l'oeil semble être un meilleur estimateur de la curarisation des muscles laryngés que l'adducteur du pouce [11]. A l'inverse, lors de la décurarisation, la levée du bloc de l'adducteur du pouce permet d'exclure toute curarisation des muscles respiratoires à l'exception des muscles des voies aériennes supérieures (assurant la déglutition et la perméabilité de ces voies) qui sont eux très sensibles aux curares et donc se décurarisent plus lentement que l'adducteur du pouce [12,13,14].

Il apparaît donc que selon la période de l'anesthésie à laquelle on s'intéresse (induction, phase chirurgicale, réveil), le monitorage de la curarisation devra prendre en compte ces différences d'effet entre les muscles.

2- Sites et modes de stimulations

2.1 Les sites de stimulation

Trois sites de stimulations peuvent être utilisés au cours de l'anesthésie :

1) le nerf cubital dont la stimulation provoque la flexion des quatre derniers doigts de la main et l'adduction du pouce. L'intensité du courant délivré par le stimulateur doit être au moins égale à 60 mA pour que la stimulation soit supramaximale;

2) le nerf tibial postérieur dont la stimulation provoque la flexion du gros orteil. L'intensité du courant doit être la même que pour la stimulation du nerf cubital ;

3) le nerf facial dont la stimulation provoque la contraction de l'orbiculaire de l'oeil. L'intensité de la stimulation électrique doit être limitée à 30 mA afin d'éviter une stimulation musculaire directe.

Le positionnement des électrodes est précisé sur la figure 1.

2.2 Les différents modes de stimulation

Pour le monitorage clinique de la curarisation, trois modes différents sont utiles : le train de quatre (TOF des anglo-saxons), le post-tetanic-count ou PTC, et le doubleburst-stimulation ou DBS

2.2.1 Le train de quatre [15]

Ce mode de stimulation comprend quatre stimulations brèves (durée 0,2 ms) réparties sur 2 secondes (soit une fréquence de 2 Hz). En pratique, on mesure le rapport entre la réponse de la quatrième et de première stimulation (rapport T4/T1), ou on compte le nombre de réponse (de 0 à 4). Ce mode n'est pas douloureux et est plus sensible qu'une stimulation simple. Sa limite est son absence de précision lors de l'estimation visuelle lorsque le rapport T4/T1 mesuré est supérieure à 40% [16,17].



2.2.2 Le post-tetanic-count (PTC) [18]

Ce mode de stimulation a été proposé pour explorer la curarisation profonde pendant laquelle aucune réponse au train de quatre n'est détectable. Il associe une stimulation tétanique de fréquence 50 Hz pendant 5 secondes, suivie de 10 stimulations en simple twitch à la fréquence de 1 Hz (soit un coup par seconde). Le tétanos provoque une augmentation de la sécrétion d'acétylcholine par un effet de feed back positif passant par les récepteurs présynaptiques. Ceci se traduit par la potentialisation post-tétanique de la réponse à un simple twitch (définition du bloc compétitif). L'absence de réponse détectable après le tétanos signifie que le bloc est trop profond. Par contre, si on note, après le tétanos, la présence de plus de 5 réponses, on peut conclure que la première réponse au train de quatre sur l'adducteur du pouce va réapparaître [19]. Le PTC est douloureux et ne doit être pratiqué que sur un patient anesthésié. D'autre part, il ne doit pas être répété trop souvent, en routine toutes les 5 minutes.

2.2.3 Le double burst stimulation (D S) [20]

Le DBS est utilisé au réveil afin de détecter les curarisations résiduelles. Il est plus précis que le train de quatre qui trouve sa limite quand le rapport T4/T1 mesuré est supérieur à 40% [16,17]. Le DBS est constitué de deux brèves stimulations tétaniques séparées par un intervalle de 750 ms. La réponse au DBS est constituée de deux contractions musculaires bien séparées et le rapport entre la deuxième et la première réponse est mesuré. En cas de mesure visuelle, l'épuisement de la deuxième réponse par rapport à la première est estimé. Ceci permet de détecter une fatigue musculaire équivalente à un rapport T4/T1 de 60%. Cependant cette technique manque de sensibilité si on admet qu'une récupération satisfaisante nécessite un rapport T4/T1 plus près de 80-90% que de 70% [21,22].

3- Conduite pratique du monitorage clinique de la curarisation

Le monitorage de la curarisation doit permettre de répondre aux questions suivantes :
1) Lors de l'installation de la curarisation, quand peut-on intuber le plus précocement dans de bonnes conditions ?
2) Lors de la surveillance per-opératoire, le bloc est-il suffisant pour le bon déroulement de l'acte opératoire ?
3) Lors de la période du réveil, le bloc peut-il être antagonisé et/ou le patient est-il complètement décurarisé ?

3.1 Installation de la curarisation

Le site de stimulation de choix est le nerf facial. Une stimulation en train de quatre est appliquée toutes les 10 secondes. Les contractions de l'orbiculaire de l'oeil sont estimées visuellement [11].
L'interprétation est la suivante
- aucune contraction n'est observée : les muscles adducteurs laryngés sont complètement curarisés. L'intubation, avec d'excellentes conditions, est réalisée sans attendre.
- une à quatre contractions sont observées : les muscles laryngés ne sont que partiellement curarisés. Il faut alors attendre au moins 3 minutes après l'injection du curare. Si après ce délai, les contractions sont toujours présentes, la dose initiale est alors insuffisante, une dose supplémentaire doit être administrée afin de compléter la curarisation des muscles laryngés. Il faut ici encore attendre la disparition des contractions de l'orbiculaire de l'oeil avant d'intuber.

3.2 Surveillance per-opératoire

Deux situations peuvent se présenter en fonction du type de chirurgie.

3.2.1 Bloc profond

Un tel bloc est nécessaire pour la chirurgie abdominale, thoracique, gynécologique ou ophtalmologique. Deux techniques de monitorage sont possibles.

3.2.1.1 PTC sur l'adducteur du pouce [19,23,24].

Les réponses contractiles sont visuellement ou tactilement observées sur l'adducteur du pouce. Cette stimulation est répétée toutes les 5 minutes.
L'interprétation est la suivante :
- aucune contraction n'est observée : le bloc est

trop profond, il n'est pas nécessaire de réinjecter ;
- 1 à 5 contractions musculaires sont visibles : le bloc est satisfaisant compatible avec la chirurgie ;
- plus de 5 contractions sont présentes : le bloc est alors insuffisant. Il faut soit administrer une nouvelle dose d'entretien ; soit accélérer le débit de perfusion si l'entretien est assuré par une technique d'administration continue.

3.2.1.2 Train de quatre sur le nerf facial [25].

Les réponses contractiles sont visuellement observées sur l'orbiculaire de l'oeil. La stimulation est répétée toutes les 10-12 secondes.
L'interprétation est la suivante
- aucune contraction n'est observée : le bloc est trop profond, il n'est pas nécessaire de réinjecter ;
- 1 à 3 contractions musculaires sont visibles : le bloc est satisfaisant compatible avec la chirurgie ;
- 4 contractions sont présentes : le bloc est alors insuffisant. Il faut soit administrer une nouvelle dose d'entretien ; soit accélérer le débit de perfusion si l'entretien est assuré par une technique d'administration continue.

3.2.2 Bloc modéré
Ce type de bloc peut être utile en chirurgie orthopédique, ORL, etc ....
Une stimulation en train de quatre répétée toutes les 10-12 secondes est appliquée sur le nerf cubital ou tibial antérieur. La réponse visuelle ou tactile est observée sur l'adducteur du pouce [17] ou le fléchisseur du gros orteil [26].
L'interprétation est la suivante
- aucune contraction n'est observée : le bloc est trop profond, il n'est pas nécessaire de réinjecter ;
- 1 à 3 contractions musculaires sont visibles : le bloc est satisfaisant compatible avec la chirurgie;
- 4 contractions sont présentes : le bloc est alors insuffisant. Il faut soit administrer une nouvelle dose d'entretien ; soit accélérer le débit de perfusion si l'entretien est assuré par une technique d'administration continue.

3.3 Période de réveil

3.3.1 Le bloc est-il antagonisable ?

Il faut garder à l'esprit qu'il faut impérativement attendre un début de décurarisation spontanée franc avant d'antagoniser [27]. Le patient doit bien entendu être normotherme.
La stimulation en train de quatre sur le nerf cubital est appliquée toutes les 10 secondes. Les contractions de l'adducteur du pouce sont visuellement ou tactilement observées.
L'interprétation dépend de la classe du curare utilisé pendant la chirurgie.

3.3.1.1 Curare de longue durée d'action (pancuronium)

- moins de 3 contractions musculaires sont observées : la décurarisation spontanée est insuffisante pour pouvoir antagoniser dans de bonnes conditions de sécurité. Il faut donc attendre avant d'antagoniser ;
- 4 réponses sont nettement visibles. L'antagonisation est maintenant possible avec un mélange néostigmine (40 pg/kg) et atropine (15 pg/kg).

3.3.1.2 Curares de durée d'action intermédiaire (vécuronium, rocuronium, atracurium)

- Une contraction musculaire est observée : la décurarisation spontanée est insuffisante pour pouvoir antagoniser dans de bonnes conditions de sécurité. Il faut donc attendre avant d'antagoniser ;
- 2 réponses au moins sont nettement visibles. L'antagonisation est maintenant possible avec un mélange néostigmine (40 pg/kg) et atropine (15 pg/kg).
3.3.2 Le patient est-il complètement décurarisé ?
Afin de pouvoir affirmer que le patient est totalement décurarisé, après une décurarisation spontanée ou provoquée par les anticholinestérasiques, deux méthodes sont utiles et complémentaires : l'une instrumentale (le DBS), l'autre clinique (le Head Lift Test).

3.3.2.1 Stimulation DBS sur le nerf cubital [16].

Les réponses contractiles sont observées visuellement et/ou tactilement sur l'adducteur du pouce. Cette stimulation peut être répétée.
L'interprétation est la suivante
- la deuxième contraction musculaire est plus faible que la première (il existe une fatigue) ; la décurarisation est donc partielle, c'est à dire qu'il persiste une curarisation résiduelle. Le patient n'est donc pas totalement décurarisé ;

- les deux contractions musculaires sont identiques ; la décurarisation est complète.

3.3.2.2 Le Head Lift Test [12]

Sa définition clinique est la possibilité de soulever la tête au dessus du plan du lit pendant au moins 5 secondes. L'interprétation clinique est la suivante
- la tête est soulevée pendant moins de 5 secondes : il existe une curarisation résiduelle. Le patient n'est pas totalement décurarisé.
- la tête est soulevée pendant 5 secondes au moins ; la décurarisation est complète.

Ce test clinique présente des limites importantes à connaître : les patients non coopérants, patients anesthésiés ou sédatés, les nourrissons et les nouveaux nés (on peut utiliser le Leg Lift Test qui est un équivalent du Head Lift Test), problème de langage. De toute façon, même si le DBS ne montre pas de fatigue, il faut confirmer ces résultats instrumentaux par le Head Lift Test qui est le test clinique le plus sensible [12].

En résumé, la figure 2 schématise les sites et les modes de stimulation recommandées en fonction des questions posées.

Le monitorage clinique de la curarisation permet, avec des moyens simples (un simple stimulateur de nerf périphérique suffit) de répondre à toutes les situations si les techniques (sites et modes de stimulation) mises en oeuvre correspondent aux questions auxquelles on veut répondre.

Bibliographie

[1]. Donati F, Antzaka C, Bevan DR. Potency of pancuronium at the diaphragm and the adductor pollicis muscle in humans. Anesthesiology 65 : 1-5 ; 1986.
[2]. Donati F, Meistelman C, Plaud B. Vecuronium neuromuscular blockade at the adductor muscles of the larynx and the adductor pollicis. Anesthesiology 74 : 833-7 ; 1991.
[3]. Caffrey RR, Warren ML, Becker KE. Neuromuscular blockade monitoring comparing the orbicularis oculi and adductor pollicis muscles. Anesthesiology 65 95-97 ; 1986.
[4]. Donati F, Meistelman C, Plaud B. Vecuronium neuromuscular blockade at the diaphragm, the orbiculari oculi, and adductor pollicis muscle. Anesthesiology 73 : 870-75 ; 1990.
[5]. Meistelman C. Monitoring of neuromuscular transmission. Current opinion in Anaesthesiology 6 : 720-725 ; 1993.
[6]. Chauvin M, Lebrault C, Duvaldestin P. The neuromuscular blocking effect of vecuronium on the human diaphragm. Anesth Analg 66 :117-22 ; 1987.
[7]. Pansard JL, Chauvin M, Lebrault C, Gauneau P, Duvaldestin P. Effects of an intubating dose of succinylcholine and atracurium on the diaphragm and the adductor pollicis muscle in humans. Anesthesiology 67: 326-330 ; 1987.
[8]. Ungureanu D, Meistelman C, Frossard J, Donati F. The orbicularis oculi and the adductor pollicis muscles as monitors of atracurium block at the laryngeal muscles. Anesth Analg 77 : 775-9 ; 1993.
[9]. Meistelman C, Plaud B, Donati F. Rocuronium (ORG 9426) neuromuscular blockade at the adductor muscle of the larynx and adductor pollicis in humans. Can J Anaesth 39 : 665-9 ; 1992.
[10]. Bencini A, Newton DEF. Rate of onset of good intubating conditions, respiratory depression and hand muscle paralysis after vecuronium. Br J Anaest 59 : 956-65 ; 1984.
[11]. Debaene B, Beaussier M, Meistelman C, Donati F, Lienhart A. Monitoring the onset of neuromuscular block at the orbicularis oculi can predict good intubating conditions during atracurium induced neuromuscular block. Anesth Analg 80 : 360-3 1995.
[12]. Pavlin EG, Holle RH, Schoene RB. Recovery of airway protection compared with ventilation in humans after paralysis with curare. Anesthesiology 70 : 381-5 ; 1989.
[13]. Isono S, Ide T, Kochi T, Mizuguchi T, Nishino T. Effects of partial paralysis on the swallowing reflex in conscious humans. Anethesiology 75 : 980-4 ; 1991.
[14]. D'Honneur G, Gall O, Gerard A, Rimaniol JM, Lambert Y, Duvaldestin P. Priming doses of atracurium and vecuronium depress swallowing in humans. Anesthesiology 77 : 1070-3 ; 1992.
[15]. Ali HH, Utting JE, Gray C. Stimulus frequency in the detection of neuromuscular block in humans. Br J Anaesth 42 : 967-78 ; 1970.
[16] Drenck NE, Ueda N, Olsen NV, Engbaek J, Jensen E, Skovgaard LT, VibyMogensen J. Manual evaluation of residual curarization using double burst stimulation: a comparison with train of four. Anesthesiology 70 : 578-81 ; 1989.
[17]. Viby-Mogensen J, Jensen NH, Engbaek J, Ording H, Skovgaard LT, Chraemmer-Jorgensen B. Tactile and visual evaluation of the response to train of four stimulation. Anesthesiology 63 : 440-3 ; 1985.
[18]. Viby mogensen J, Howardy-Hansen P, Chraemmer-Jorgensen B, Engbaek J, Nielsen AA. Post-tetanic count (PTC) : A new method of evaluating an intense non depolarizing neuromuscular blockade. Anesthesiology 55 : 458-61 ; 1981.
[19]. Bonsu AK, Viby mogensen J, Fernando PUE, Muchhal K, Tamilarasan A, Lambourne A. Relationship of post-tetanic count and train of four response during intense neuromuscular blockade caused by atracurium. Br J Anaesth 59 :1089-92 ;1987.
[20]. Engbaek J, Ostergaard D, Viby-Mogensen J. Double burst stimulation (DBS) : a new pattern of nerve stimulation to identify residual neuromuscular block. Br J Anaesth 62 : 274-8 ; 1989.
[21]. Bevan DR, Smith CE, Donati F. Postoperative neuromuscular blockade: a comparison between atracurium, vecuronium, and pancuronium. Anesthesiology 69 272-6 ; 1988.
[22]. Eriksson LI, Sato M, Severinghaus JW. Effect of a vecuronium-induced partail neuromuscular block on hypoxic ventilarory response. Anesthesiology 78 : 693-9 ; 1993.
[23]. Muchhal KK, Viby-Mogensen J, Fernando PUE, Tamilarasan A, Bonsu AK, Lambourne A. Evaluation of intense neuromuscular blockade caused by vecuronium using posttetanic count (PTC). Anesthesiology 66 : 846-49 ; 1987.
[24]. Howardy-Hansen P, Viby-Mogensen J, Gottschau A, Skovgaard LT, Chraemmer-Jorgensen B, Engbaek J. Tactile evaluation of posttetanic count (PTC) Anesthesiology 60 : 372-74 ; 1984.
[25]. Debaene B, Meistelman C, Beaussier M, Lienhart A. Visual estimation of train of four responses at the orbicularis oculi and post-tetanic-count at the adductor pollicis during intense neuromuscular block. Anest Analg 78 : 697-700 ; 1994.
[26]. Sopher MJ, Sears DH, Walts LF. Neuromuscular function monitoring comparing the flexor hallucis brevis and adductor pollicis muscles. Anesthesiology 69 : 129-31 ; 1988.
[27]. Viby-Mogensen J. Neuromuscular monitoring. In Anesthesia, Fourth edition. Miller RD Ed, pp 1345-61, 1994. Churchill Livingstone, New York.



Figure 1 : Les différents sites de stimulation.

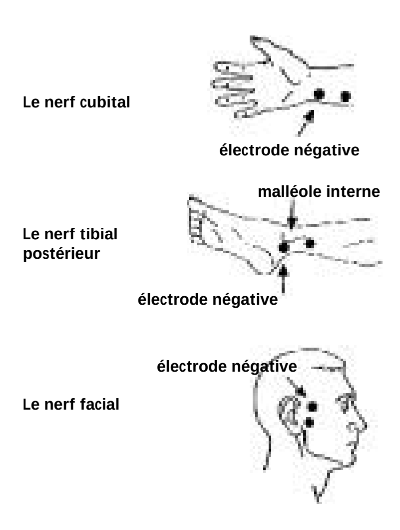


Figure 2 : Sites et modes de stimulations recommandées en fonction de la période opératoire.

	INSTALLATION	CHIRURGIE Profond	CHIRURGIE Modéré	ANTAGONISATION	DECURARISATION
TcQ AP	▒		■	■	▒
PTC AP		■			
DBS AP					■
TcQ OE	■	■	▒		

■ Site et mode de stimulation recommandés

▒ Site et mode de stimulation utilisables

TdQ : Train de Quatre
PTC : Post Tetanic Count
DBS : Double Burst Stimulation

OE : Orbiculaire de l'œil
AP : Adducteur du pouce

ICN

Pharmatical

3e de couv

Film

Aventis

4e de couv

Film